FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

498

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par JULES-JOSEPH BERRE

Externe des Hôpitaux de Paris. Licencié ès-sciences naturelles

Né à Marseille le 23 Juin 1876.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'HÉRÉDO-SYPHILIS A FORME FRUSTE

CHEZ LES NOURRISSONS

Président : *M.* FOURNIER, Professeur.

Juges : MM. HAYEM, Professeur.
GAUCHER et WIDAL, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1900

498

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0024

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par JULES-JOSEPH BERRE

Externe des Hôpitaux de Paris. Licencié ès-sciences naturelles

Né à Marseille le 23 Juin 1876.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'HÉRÉDO-SYPHILIS A FORME FRUSTE

CHEZ LES NOURRISSONS

Président : M. FOURNIER, Professeur.

Juges : MM. HAYEM, Professeur. GAUCHER et WIDAL, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1900

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRÉ	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GAUCHER	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
		THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMIHO, A MIS AMI

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Thèse, nous adressons l'expression de notre profonde gratitude.

Que M. J. COMBY, Médecin des Enfants-Malades, qui nous a inspiré ce travail, reçoive aussi nos sincères et vifs remerciements.

INTRODUCTION

Les manifestations de la syphilis héréditaire chez l'enfant sont bien nombreuses et bien diverses.

Parfois, la tare se révèle déjà pendant la vie intra-utérine : elle frappe l'enfant et le tue avant la naissance : la femme n'accouche que d'un fœtus macéré.

D'autres fois, le produit de conception expulsé précocement ne peut vivre ou, né à terme, est si chétif, si malingre, qu'il doit, semble-t-il, nécessairement mourir. Il n'augmente pas de poids, son foie est gros, sa rate également, aux extrémités des membres, se développe dès les premiers jours de la vie extra-utérine du pemphigus syphilitique, parfois même il naît déjà avec cette éruption : bientôt, la cachexie rétrécit ses fontanelles, fait chevaucher les os de son crâne les uns sur les autres et rider sa peau : les yeux enfoncés, le nez amaigri et étiré, le front tout plissé, l'enfant ressemble, suivant l'expression devenue classique, à un « petit vieux ». Le coryza syphilitique, les syphilides aux formes si diverses, l'hypertrophie de la rate, tout cela fait partie du tableau classique et bien connu de la syphilis héréditaire précoce.

Mais il est des cas où l'infection n'est pas accompagnée de ces signes évidents : l'enfant, qui a paru toujours sain et a prospéré jusqu'alors, maigrit depuis quelque temps sans qu'on puisse incriminer une mauvaise hygiène, une alimentation défectueuse ou tout autre cause se révélant facilement. Et cette cachexie progressive amène souvent la mort, à moins, toutefois, qu'on institue le traitement anti-syphilitique, car c'est bien à une forme de syphilis héréditaire que l'on a à faire ; mais c'est une forme *fruste,* comme a dit notre maître, M. J. Comby.

C'est cette forme fruste que nous voulons étudier dans ce travail. Remontant le cours des années, nous tâcherons de découvrir la notion de cette forme fruste dans les auteurs passés. Abordant ensuite un chapitre d'Étiologie et de Pathogénie, peut-être y trouverons-nous la raison de cet état fruste ; puis suivra un tableau clinique des signes à rechercher ; après avoir dit le pronostic, nous indiquerons comment et avec quelles autres affections peut et doit se faire le diagnostic ; enfin, nous verrons que le traitement qui, d'ailleurs, est celui qu'on applique en général à toute syphilis héréditaire, amène la guérison. Nous terminerons par quelques observations qui nous ont servi à la rédaction de ce travail.

HISTORIQUE

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de discuter l'origine de la syphilis, d'examiner si vraiment la maladie existait déjà dans l'antiquité, comme le soutient M. Buret, ou bien si elle a été importée d'Amérique, selon l'opinion d'Astruc; faire l'histoire de la syphilis en général serait hors de propos.

Quant à l'historique de la syphilis héréditaire, bien d'autres l'ont déjà dite; en effet, nous trouvons, dans divers travaux sur la syphilis (1), que Tizio, en 1497, Torella, en 1499, Catanée, en 1505, connurent la syphilis des nourrissons. De même Vella, en 1508, Reitterius, à la même époque, virent la vérole chez les jeunes enfants. Néanmoins, la notion d'hérédité jusqu'alors était assez vague, et ce n'est en 1520 seulement qu'elle est nettement exposée dans les écrits de Paracelse, écrits immédiatement oubliés.

(1) Durac. Th. de Montpellier, 1866.
Blaise. Th. d'agrégation, 1883.
Hélène Krykus. Th. de Paris, 1890.
Pouzol. Th. de Paris, 1894, etc.

En 1553, Auger Ferrierus recherche comment se fait la transmission des parents à l'enfant : parfois, la syphilis vient du père ; d'autres fois, l'infection se fait dans l'ovule; dans un troisième mode, elle a lieu par le sang de la mère.

Haschardius, en 1554, étudie aussi la syphilis héréditaire ; les travaux sur l'étiologie, sur la transmission de la maladie, continuent à paraître avec Boerhave, Astruc, Bonsen de Rosenstein.

Rostino, en 1559, Rondelet, médecin français, connaissent également l'hérédité syphilitique, qu'ils mentionnent dans leurs écrits.

Citons également Hunter, Cooper, Dupuytren, Ficke, qui firent des recherches sur la syphilis; Cuillerer, Notta, Charrier, pour qui l'infection vient toujours de la mère.

Mais, de tous ces auteurs, nul n'a encore vu les formes frustes de l'hérédo-syphilis; on ne connaît que les formes manifestes, les fœtus morts ou expulsés précocement, les éruptions caractéristiques.

Voici que le 15 octobre 1781, Doublet, médecin depuis le début de l'année de l'Hospice de Santé, récemment créé à Vaugirard, lit à l'Assemblée particulière de la Faculté de Médecine, dite *Prima Mensis,* un *Mémoire sur les symptômes et le traitement de la Maladie Vénérienne dans les enfants nouveaux-nés.* Ce travail était le résultat des observations que Doublet avaient faites dans ce nouvel établissement, destiné spécialement aux enfants vénériens et aux femmes enceintes infectées par la syphilis.

Il indique que, parmi les enfants nés de mères syphi-

litiques, « les uns apportent en naissant des symp-
« tômes non équivoques du mal vénérien; chez les
« autres, ils paraissent peu de jours après leur nais-
« sance. Chez quelques-uns, ils restent longtemps
« cachés pour se montrer ensuite avec fureur; dans
« d'autres enfin, ils sont assez doux pour que l'art
« puisse, pour ainsi dire, en étouffer le germe. »

Puis, se demandant si tout enfant né d'une mère syphilitique est infecté, il répond par l'affirmative, car :
« 1° les enfants dans lesquels le germe ne s'est point
« manifesté au dehors sont en fort petit nombre .. ;
« 2° plusieurs de ces enfants, nés sans symptômes, et
« plusieurs autres semblables, envoyés de l'Hôtel-Dieu
« comme suspects, à cause de l'infection de leur mère,
« sont morts en peu de jours avec les signes les plus
« certains du mal vénérien... ; 3° les enfants qui n'ont pu
« prendre le téton, enfants qui souvent avaient fort peu
« de symptômes, sont morts tous et pour la plupart
« avec les accidents vénériens les plus exaltés. »

Certainement, Doublet connaissait bien différentes formes, divers degrés de syphilis héréditaire. Le premier, il fait mention de l'infection latente qui plus tard se révèlera pour frapper terriblement : « Nous avons
« reçu des enfants chez lesquels ils (les accidents syphi-
« litiques) ne se sont développés qu'après huit mois. »

Enfin, Doublet connaît bien la cachexie syphilitique du nourrisson, dont il dépeint ainsi le facies :

« La face est souvent livide et terreuse, quelquefois,
« la peau est noire et desséchée; ce ne sont plus les
« traits de l'enfance, les rides, les plis et la contraction

« de la douleur en font la mignature de la décrépitude. »

Si Doublet avait vu l'amaigrissement seul comme symptôme de syphilis héréditaire chez l'enfant né de parents infectés, les médecins qui, après lui, s'occupèrent de la syphilis des enfants, semblent ignorer ces manifestations frustes.

Cependant, Faguer, collègue de Doublet à l'hospice de Vaugirard, avait très bien vu l'aspect sénil des enfants syphilitiques à la naissance et il conseillait d'attendre douze jours pour voir apparaître les ulcérations syphilitiques avant de confier imprudemment les enfants à des nourrices.

Bertin fait remarquer que ce « terme de douze jours « ne suffit pas pour inspirer une parfaite sécurité, « puisque chez une grande partie des enfants soumis « à mon observation, les symptômes ne se sont sou- « vent manifestés qu'à un, deux et trois mois après la « naissance et quelquefois plus tard.

« Je ne craindrai pas même d'assurer que l'on s'est, « en général, trop hâté de préciser l'époque où se mon- « trent les symptômes syphilitiqnes chez les nouveaux- « nés. » (Traité de la maladie vénérienne.)

Evidemment, c'est bien là une preuve que Bertin connaissait la syphilis latente.

D'ailleurs, plus loin, Bertin écrit :

« Il est bien étonnant, sans doute, que le germe de « la contagion transmise par le père ou par la mère « reste latent dans le fœtus, ne donne le plus sou- « vent des preuves de son existence qu'à une époque « plus ou moins éloignée de la naissance. Ce phéno-

« mène, comme tant d'autres, est bien difficile à expli-
« quer; mais il a été si constamment observé sur des
« enfants nourris au biberon ou confiés à des nour-
« rices saines, chez des enfants dont la mère n'avait,
« à l'époque de l'accouchement, aucun symptôme de
« syphilis aux organes sexuels, mais bien sur diffé-
« rentes parties du corps, chez des enfants même dont
« les mères n'avaient jamais eu de maladie vénérie ne
« apparente, mais dont le père avait été infecté cons-
« titutionnellement, que je le regarde comme l'un des
« faits les mieux constatés en médecine.

« Dans ces circonstances, la disposition cachectique
« de l'enfant, l'aspect sénil, la maigreur, l'absence, ou
« du moins la solution de continuité de l'épiderme dans
« plusieurs parties du corps, une certaine flaccidité
« dans les membres thoraciques, abdominaux, doi-
« vent fixer l'attention de l'accoucheur ou de la sage-
« femme. »

Certainement, voilà la syphilis latente bien indiquée; on peut même dire que c'est de la syphilis fruste des premiers jours. Mais la syphilis congénitale à forme fruste, telle que nous l'entendons, c'est à-dire se manifestant par une diminution de poids chez un enfant qui jusqu'alors avait prospéré, ni Mahon, ni Bertin, ni les autres auteurs qui vinrent à leur suite ne l'ont signalée. Mahon dit bien cependant que « le temps où la maladie
« paraît chez les enfants est le plus souvent depuis le
« dixième jusqu'au quinzième jour après la naissance;
« avant cette époque, l'enfant a une apparence de
« bonne santé, sa peau est nette et douce. » Mais,

quand la maladie se manifestera, il faut, pour que Mahon la voit, non pas un amaigrissement seul, mais des éruptions ou autres signes caractéristiques.

Les auteurs plus voisins de notre époque, tels Hunter, Vidal de Cassis, Lasègne, Bouchut, Gubler, V. Diday, Parrot, Trousseau, etc., n'ont pas indiqué la forme fruste de la syphilis congénitale.

C'est seulement de nos jours que M. le professeur Fournier a su bien mettre en relief ces cas de syphilis de l'enfance si souvent méconnus :

« Quelquefois encore (détail curieux et essentiel à « connaître pour la pratique), les enfants procréés dans « ces conditions viennent au monde dans des condi- « tions passables ou moyennes ; puis, après quelques « jours, après quelques semaines tout au plus, ils « s'éteignent subitement, ils meurent *sans maladie*, sans « cause apparente, d'un jour à l'autre. De quoi meu- « rent-ils? Je ne saurais le dire, car, dans les quelques « cas où il m'a été donné d'en pratiquer l'autopsie, je « n'ai rien découvert qui put m'expliquer ce genre de « mort. Toujours est-il qu'ils succombent d'une façon « très rapide, presque instantanée, et cela sans secousse, « sans symptômes morbides bien manifestes, à la très « grande surprise de leurs parents et du médecin. Et, « sans doute, ils ne succombent que par le fait d'un « vice congénital, d'une débilité native, d'une « *inap-* « *titude native à la vie* », bien plutôt que d'une cause « morbide incidente, éventuelle, surajoutée. » (Syphilis et mariage. A Fournier, p. 51).

Et un peu plus loin (page 64), M. le professeur Four-

nier, revenant sur ce fait, parle de la mort subite sans lésion apparente chez des enfants issus de syphilitiques et rapporte une observation personnelle.

Actuellement, cette notion est bien établie, et des travaux, des articles, des communications sur les symptômes non évidents de la syphilis héréditaire chez l'enfant ont été publiés à diverses occasions.

Telle la communication d'Hervieux à l'Académie de Médecine, le 6 août 1889, sur cinq cas de syphilis vaccinale, où les vaccinifères paraissaient absolument sains; mentionnons de même l'intéressante communication de Giacomo di Lorenzo (de Naples), au Congrès de Rome, 1894; la thèse de Pouzol (Paris, 1894) sur l'*importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis*, l'article de M. Boissard dans le « Journal des Praticiens » (29 janvier 1898), celui de notre maître, M. J. Comby, dans la « Médecine Moderne » (29 octobre 1898).

Enfin, la méthode des pesées régulières des nourrissons en nous éclairant sur la marche de l'accroissement de poids chez les enfants issus de parents syphilitiques nous permet de dépister plus facilement aujourd'hui l'infection lorsque les manifestations n'en sont pas évidentes, dans les cas où les éruptions caractéristiques font défaut ou sont trop discrètes pour attirer complètement l'attention.

ETIOLOGIE

Il est actuellement bien démontré par l'observation de tous les jours, et admis par tous, que la syphilis des parents se transmet à l'enfant par ces différents modes : tantôt le père seul est infecté ; la contamination se fait par le sperme et l'ovule reçoit l'infection en même temps que la fécondation. La mère est indemne, mais le fœtus pourra, à son tour, la contagionner : cette syphilis conceptionnelle de la mère n'a pas de chancre ; et la mère plus tard devenue nourrice de son enfant ne contractera pas l'accident primitif, c'est la loi de Baumès-Colles.

D'autres fois le père est sain, la mère seule est syphilitique ; la contamination se fait par voie sanguine au niveau du placenta, de la mère à l'enfant, comme elle a lieu, mais inversement, dans la syphilis conceptionnelle de l'enfant à la mère.

Si la mère ne contracte la syphilis qu'après la fécondation, l'enfant aura d'autant moins de chance d'éviter l'infection que la grossesse sera moins avancée, mais cette syphilis de l'enfant n'est pas, à proprement parler, de la syphilis héréditaire; car, comme l'a fait très bien

remarquer le Professeur Fournier, dans ses leçons sur l'hérédité syphilitique, n'est syphilis héréditaire que celle « reçue par l'enfant de parents *en état de syphilis au moment de la procréation* ».

Enfin le père et la mère peuvent tous deux, syphilitiques, contribuer à l'infection de l'enfant, l'un au moment de la fécondation par son sperme, l'autre un peu plus tard quand l'ovule se sera greffé sur la paroi utérine, par les échanges utéro-placentaires.

Tels sont les modes de transmissions de la syphilis, des parents à l'enfant.

La syphilis congénitale fruste, sans manifestation évidente, semble être surtout le résultat d'une syphilis paternelle. C'est d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Fournier qui dans une statistique de 103 cas de syphilis héréditaire d'origine paternelle a trouvé 43 « enfants « morts à diverses échéances (mais très généralement « à brève échéance) sans manifestations spécifiques « évidentes ». C'est aussi M. Fournier qui a montré l'influence nocive du père sur la vie du fœtus. (*Leçons sur Syphilis et Mariage* ; *Hérédité syphilitique*).

Il semble également que la forme fruste de la syphilis héréditaire précoce soit la conséquence d'une infection atténuée du générateur. En effet, dans l'observation I, voici un père qui a contracté la vérole vingt années avant la naissance de son enfant; cette vérole ne fut pas soignée et jamais pourtant elle n'a inquiété son porteur : c'était une syphilis bénigne, pourrait-on dire. Et c'est elle qui engendre une première fois une forme fruste, méconnue par le médecin, partant non traitée

et terminée par la mort ; une seconde fois une forme fruste également, cette fois-ci diagnostiquée, traitée et guérie.

Aussi il n'y pas lieu de s'étonner de trouver la forme fruste, manifestation d'une infection reconnaissant une origine atténuée, dans la syphilis hérédo-paternelle, car de toutes, c'est la moins nocive. Citons à ce propos la statistique de Mlle Hélène Krykus.

Mortalité infantile dans la syphilis heredo-paternelle, 48 %.

Mortalité infantile dans la syphilis mixte, 78 %.

De même cette forme aura plus de chance d'apparaître, pour la même raison, si la syhilis est traitée, ou bien si elle s'est naturelement atténuée par le temps : toujours d'après Mlle Krykus, les enfants ne meurent plus que dans la proportion de 40 % si la syphilis des générateurs est ancienne.

Donc, syphilis paternelle, syphilis naturellement bénigne ou atténuée par un énergique traitement ou par le temps, voilà les conditions favorables pensons-nous, pour engendrer une syphilis fruste.

Néanmoins il serait imprudent de dire que toute syphylis bénigne engendrera des manifestations en rapport avec cette bénignité ; M. le professeur Fournier a insisté dans ses leçons pour montre que « *la bénignité* « d'une syphilis n'est en rien une garantie de bénignité « quant à ses conséquences héréditaires ».

Et il n'est pas rare de voir des syphilis héréditaires graves reconnaître pour cause une syphilis bénigne; ou

inversement des syphilis graves donner des formes héréditaires bénignes.

La syphilis hérédéditaire à forme fruste peut apparaître plusieurs fois dans le même ménage à chaque naissance, surtout lorsque les parents ne se soignent pas.

Plusieurs des observations confirment ce fait. En effet dans l'observation nº 1, le premier enfant fut atteint de syphilis exactement comme le second, même constatation dans la deuxième observation, dans les sixième et septième (X et X bis de Pouzol) qui ont trait à la même mère.

Ce fait et les conditions qui favorisent le plus l'apparition de la forme fruste se trouvent bien expliqué par la pathogénie de cette forme fruste. Dans ces cas l'enfant est plus frappé par la toxine que par le virus. C'est à M. le Professeur Fournier que l'on doit cette constatation.

Voilà pourquoi il y a absence de syphilides, de coryza, manifestations dues au virus, ou du moins sinon absence, mais rareté, discrétion, atténuation ; quelques papules, quelques ulcérations, assez cependant pour communiquer la maladie à une nourrice comme dans l'observation I. Au contraire l'amaigrissement, les douleurs articulaires, le teint bistré, symptômes de dystrophie et signes primordiaux de la syphilis fruste, sont des manifestations dues à la toxine : celle-c ifrappe les éléments cellulaires, amoindrit leur puissance vitale, fait mourir l'organisme comme mourrait une algue transportée dans une eau même peu caustique.

Cette action toxique se rencontre aussi dans la syphi-

lis acquise; et Morel Lavallée a vu dans certains cas des amaigrissements considérables pour lesquels il a proposé le terme de *syphilis dénutritive*.

L'hérédo-syphilis à forme fruste est-elle fréquente?

Sans être chose de tous les jours, la vérole fruste des nourrissons doit se rencontrer fréquemment si l'on veut la rechercher. Malheureusement que de fois doit-elle passer inaperçue! Que de fois le lait de la nourrice doit être incriminé comme étant la cause de l'amaigrissement!

Bien souvent la maladie est méconnue, et, comme le dit M. Comby (« Médecine moderne », 29 octobre 1898. Diagnostic et traitement de la syphilis congénitale) bien des syphilis héréditaires tardives sont la suite d'une syphilis précoce passée inaperçue ou méconnue.

En terminant ce chapitre d'étiologie et de pathologie il convient de citer cette opinion de A. Viennois, qui discutant certains cas de syphilis vaccinale, pense que la vaccine comme toute maladie infectieuse, peut réveiller la syphilis latente, la syphilis ne se manifestant pas — et nous pouvons penser aussi se manifestant trop peu pour être remarquée, — et faire apparaître les éruptions de syphilides. Rollet et d'autres auteurs ont aussi soutenu la pareille opinion (Voir A. Fournier. *Syphilis vaccinale*, p. 136).

SIGNES CLINIQUES, MARCHE, PRONOSTIC.

Il est des cas où l'hérédité syphilitique ne se manifeste aucunement pendant un certain temps, parfois jusqu'à l'âge adulte ; elle est absolument latente.

La syphilis fruste, au contraire, peut se manifester dès les premiers jours de la vie extra utérine. L'enfant est pesé dès sa venue au monde ; la balance accuse un poids un peu faible, de 2500 grammes à 3000 grammes, bien souvent normal. Pendant les deux ou trois premiers jours on constate une diminution de poids faisant perdre au nouveau-né environ 200 grammee ; l'évacuation de l'intestin qui rejette le méconium est la cause de cette baisse, qui n'a rien d'inquiétant puisqu'elle est un fait normal. Mais, dès le troisième ou quatrième jour au plus tard l'enfant commence à augmenter : suivant le calcul de Tarnier et Budin cette hausse est en moyenne de 30 grammes par jour pendant le premier mois ; si bien que l'enfant a bientôt atteint son poids de naissance et le dépasse ensuite.

Au contraire dans l'hérédo-syphilis fruste cette augmentation du poids fait défaut ; chaque jour on enre-

gistre une perte variable, parfois 10 ou 20 grammes, souvent 30, 40 grammes et dans certains cas allant jusqu'à 100 grammes. Dans cette première forme il n'y a jamais ascension de la ligne des pesées, comme le fait remarquer Pouzol. Cet auteur, outre cette première forme en décrit encore deux autres.

Dans l'une la courbe baisse pendant un certain nombre de jours, puis on peut observer un arrêt de l'amaigrissement, ou même une augmentation de poids, mais bientôt elle est suivie d'une baisse plus grande et finalement la diminution l'emporte.

Dans le dernier type de courbe on observe ceci : d'abord tout est normal : légère diminution due à l'expulsion du meconium, puis hausse régulière, mais vers le sixième jour il y arrêt, au contraire la balance chaque jour, fait constater une perte de poids variable ; bientôt le poids de la naissance est atteint, puis un poids inférieur et l'enfant succombe.

En somme quel que soit le type de courbe des pesées on peut dire que l'amaigrissement a lieu plus ou moins vite, plus ou moins interrompu. Dans tous les cas, l'enfant ne présente aucun symptôme appréciable du côté de la peau et des muqueuses ; les fonctions digestives s'accomplissent normalement, le lait est pris en quantité normale, parfois même en quantité supérieure (Pouzol) ; il est de bonne qualité ; tous les soins hygiéniques sont bien donnés et la température est régulière.

La rate cependant est souvent grosse et du côté de la peau on peut observer une desquamation en plaque ou

diffuse (Giacomo di Lorenzo) ou d'autres petits signes comme nous le dirons plus loin.

En général la mort survient rapidement si bien que souvent l enfant n'a pas encore eu le temps de prendre le masque du « petit vieux » dans toute sa netteté.

Telle est la syphilis fruste des premiers jours de la naissance. Mais elle peut aussi se manisfester après un mois ou deux, à l'époque où apparaissent en général les éruptions de la syphilis congénitale; et voici le tableau qui se déroule.

Un enfant naît à terme ou peu avant, d'apparence vigoureuse, de poids normal. Sa peau est saine, ni à la plante des pieds, ni à la paume de la main on ne trouve de bulles pouvant faire songer à l'infection syphilitique. Pas de coryza, pas d'augmentation du volume de la rate. Sa mère le nourrit, ou bien c'est une nourrice, car devant cette apparence de bonne santé l'accoucheur a autorisé l'allaitement mercenaire. Ou bien si l'on a recours à l'allaitement artificiel tous les soins hygiéniques nécessités par ce mode d'élevage sont minutieusement accomplis. Dans tous les cas le lait est de bonne qualité et en quantité normale.

Tous les huit jours l'enfant est pesé et la balance enregistre une hausse progressive. Bref, l'enfant prospère.

Un mois, quarante jours, ou davantage se passent ainsi et alors sans qu'on puisse incriminer une alimentation défectueuse, sans constater une élévation de température, indice d'une infection inflammatoire, en un mot à propos de rien l'enfant commence à maigrir. C'est

une perte de poids quotidenne de 10, 20, 30, 50 grammes, parfois davantage 100 grammes (Boissard). Et cependant, comme le fait remarquer Pouzol l'enfant prend parfois plus de lait qu'il faudrait eu égard à son âge ; et cette grande quantité de lait est bien digérée.

Aussi le masque de la cachexie infantile apparaît bientôt dans toute sa netteté.

Les fontanelles se dépriment, les os du crâne chevauchent les uns sur les autres. La peau du front se ride de larges plis transversaux ; le nez s'étire, s'allonge, les yeux s'enfoncent dans l'excavation orbitaire ; les joues se creusent, laissant ressortir la saillie de l'os malaire et du maxillaire inférieur. Tout contribue à donner à l'enfant l'apparence d'un « petit vieillard en miniature » selon l'expression du Prof^r Fournier. Aussi rien n'est plus hideux ou tout au moins pitoyable que la vue d'un pareil enfant qui exagère toutes ses rides en contractant les muscles de la face alors qu'il crie ou qu'il pleure.

Si l'on déshabille ce petit être qui souvent peut à peine soutenir sa tête, on constate l'état dystrophique de tout le corps.

La peau du thorax amaigri s'enfonce dans les espaces intercostaux, dessinant la saillie des côtes. Le ventre est souvent déprimé ; parfois, lorsque le foie est considérablement gros, lorsque la rate est hypertrophiée on peut constater un évasement de la base du thorax, mais jamais le ventre de batracien des nourrissons rachitiques ou mal nourris. Quant aux membres

ils sont flasques, mous, minces, grêles, privés de chair, semble-t-il, parfois œdématiés.

Devant un pareil état il convient de procéder à un examen minutieux de l'enfant soit de la surface du corps, soit des organes internes.

« L'enfant est généralement pâle, sa peau et ses muqueuses ont une coloration pauvre (anémie syphilitique). » (Comby, *Médecine moderne*, 29 octobre 1898.)

En outre, mais pas toujours, on trouve autour de la bouche, du nez, une coloration bistrée, terreuse « différant de l'anémie simple par une teinte fauve, uniforme ou tigrée qui constitue le masque peri-naso-buccal. » (Comby, *Loco citato.*) Cette teinte n'est pas de l'ictère quoique l'ictère syphilitique existe et peut même exister seul sans autre manifestation. (Milon.)

Parfois, ainsi que le fait remarquer M. Comby, le masque est plus accusé ; la coloration terreuse, la teinte bistrée se détache mieux car elle est plus foncée ; souvent alors on trouve quelques éléments éruptifs sur le visage. C'est là un type de transition entre les formes frustes et les cas caractéristiques.

D'ailleurs ce qualificatif *fruste* ne doit pas être pris dans toute sa rigueur : *absence d'éruption.* En effet un examen attentif fera souvent découvrir sur un point du corps, à la face interne de la cuisse, comme dans la première observation, à la région fessière, aux organes génitaux, autour des orifices naturels, une ou plusieurs petites papules toujours très discrètes et qu'il faut examiner attentivement ; elles sont parfois saillantes, d'autres fois ce sont de simples taches ; dans tous les cas

leur teinte est jambonnée, cuivrée; ce sont des syphilides. Plus rares sont les érosions syphilitiques, les syphilides papulo-érosives.

Cette éruption si discrète soit-elle, doit être recherchée avec soin, car la constatation d'un seul élément éruptif syphilitique est d'un grand secours pour poser le diagnostic.

D'ailleurs il ne faut pas négliger l'interrogatoire des parents pour savoir si le pemphigus, le coryza syphilitique ont été observés. Qu'on ne s'attende pas à une réponse affirmative pour le pemphigus; nous l'avons dit déjà il est rare de l'observer à la naissance ou dans les premiers jours chez des enfants qui vers l'âge de deux ou trois mois feront de la syphilis fruste.

Plus fréquent est le coryza, mais ordinairement il est si atténué, si léger que les parents à peine l'ont observé et n'y attachent pas d'importance. C'est seulement à la demande du médecin qu'ils répondent que fréquemment l'enfant avait le nez enchiffrené.

Nous avons parlé de la desquamation de la peau en plaque ou diffuse. Giacomo di Lorenzo y attache une grande importance. Cet auteur signale encore d'autres petits signes.

Le foie en effet est très souvent augmenté de volume, quoique normalement il est toujours plus gros chez les enfants par rapport aux divers organes de l'économie que chez l'adulte, eu égard à l'âge évidemment. D'ailleurs à l'autopsie, on peut constater l'engorgement des glandes mésaraïques et des follicules de l'intestin (Giacomo di Lorenzo).

Mais c'est surtout l'hypertrophie de la rate qu'il faut rechercher. Pour palper cet organe on doit soulever l'enfant en passant la main droite sous le ventre ; le tronc du nourrisson se courbe ainsi naturellement en avant, et la main gauche peut facilement entre le pouce et les quatre doigts déprimer le flanc gauche de l'enfant. On sent alors quelque chose assez ferme, lisse, de la grosseur d'une châtaigne ou davantage : c'est la rate hypertrophiée. Giacomo di Lorenzo fait remarquer spécialement la grande valeur de cette constatation qui « seule ou mieux, avec une dénutrition profonde « exprime souvent, chez les enfants, les autres fac- « teurs étant exclus, la syphilis latente. »

D'ailleurs outre le foie et la rate d'autres organes ont subi une hypertrophie : ce sont les glandes lymphatiques, le corps thyroïde, le thymus ; il est possible parfois, pour peu qu'elle soit accentuée, de constater par la palpation, l'augmentation de volume de certains de ces organes, accompagnée d'une certaine dureté.

Enfin la palpation des membres révèle parfois une exagération du volume des os et provoque souvent des douleurs au niveau des articulations, signes, dit Giacomo di Lorenzo, qui « peuvent permettre de conclure à l'infection syphilitique. »

Il ne reste plus qu'à signaler la palpation des testicules ou de l'epididyme que le professeur Fournier trouva induré chez le vaccinifère d'Hervieux à l'Académie de médecine.

Tels sont à côté du grand symptôme — amaigrissement et anémie — les petits signes à rechercher chez

les nourrissons que l'on soupçonne atteint d'hérédo-syphilis fruste. Tous ne se rencontrent pas sur le même sujet, certains sont plus fréquents, tels que l'hypertrophie de la rate, la teinte bistrée. Par contre il est des cas où quelques-uns de ces signes existent seuls sans que l'état de la nutrition soit bien atteint. C'est ainsi que l'hypertrophie splénique peut se rencontrer comme seule manifestation de l'infection syphilitique. (Giacomo di Lorenzo.)

Quelle est la marche de la syphilis héréditaire à forme fruste? Si parfois la dénutrition peu accusée, s'arrête et l'enfant guérit naturellement — cas fruste qui souvent passe inaperçu, et aboutira plus tard à la syphilis héréditaire tardive (Comby) — habituellement il n'en est pas ainsi.

L'enfant se cachectise de plus en plus et ne tarde pas à mourir. Parfois il meurt rapidement avant d'être arrivé au dernier degré de la dénutrition ; d'autres fois la mort survient après une « brusque perte de 150 à 200 « grammes, tantôt au contraire, inopinément, alors que « sa courbe est en période ascendante. » (Boissard, *Journal des Praticiens.*)

La mort subite est d'ailleurs très fréquente. Le Professeur Fournier l'a nettement signalée dans ses leçons sur l'*Hérédité syphilitique.*

Dans nos observations nous trouvons aussi des cas de mort subite : dans l'observation 1, les parents avaient eu un premier enfant qui, vers l'âge de deux mois commença à dépérir et mourut « à l'improviste. »

De même dans la deuxième observation un premier

enfant, l'année précédente, était mort « presque subitement. »

Aussi il est aisé de comprendre que le pronostic est toujours sérieux. Car parfois malgré le traitement institué, dès le diagnostic fixé, l'enfant meurt et meurt vite. A plus forte raison si le diagnostic est fixé trop tard ou le traitement pas assez intensif.

Heureusement que dans beaucoup de cas la guérison est obtenue et alors la suivie régulière du traitement permet d'éteindre l'infection et éviter l'apparition des manifestations tardives de la syphilis héréditaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hérédo-syphilis à forme fruste, est de toute importance : pour l'enfant d'abord, qu'un traitement immédiatement institué pourra en général sauver ; pour prévenir aussi la contamination d'une nourrice à qui on pourrait imprudemment confier le jeune enfant, surtout que facilement l'on croit la perte de poids venir de l'insuffisance ou la mauvaise qualité du lait de la mère.

Pouzol fait remarquer que par les pesées on s'aperçoit de l'amaigrissement du nouveau-né. Immédiatement il faut chercher la cause de cette perte de poids.

Si l'on a affaire avec un enfant de quelques jours présentant un bec de lièvre, une brièveté du frein de la langue, on peut se demander s'il n'existe pas une gêne pour la succion du mamelon, si bien que l'enfant ne prend pas une quantité suffisante de lait. Si la malformation consiste en une imperfection ou un rétrécissement de l'œsophage, fistule œsophagienne, etc., d'autres signes accompagnent ces vices de structure et le diagnostic de la cause de l'amaigrissement sera facilement posé.

D'autres fois, la gêne de la succion vient du mamelon de la mère, qui est trop court pour pouvoir être saisi par les lèvres de l'enfant.

Enfin un coryza peut gêner aussi la déglutition et amener par là un amaigrissement.

Le Professeur Budin fait remarquer aussi que la baisse de poids peut provenir de la mauvaise volonté que certaines mères montrent pour nourrir leurs enfants. L'ignorance de la mère ou de la nourrice qui donne le sein trop rarement ou trop peu de temps à chaque tétée, se rencontre quelque fois. C'est surtout par la surveillance de la femme, l'interrogatoire d'elle-même ou de l'entourage, que le médecin pourra connaître ces divers faits.

Enfin l'enfant, pour une raison quelconque, peut vomir le lait, si bien que la quantité digérée dans la journée est insuffisante.

Donc il faut d'abord s'assurer si l'enfant absorbe la quantité de lait nécessaire à son âge et passer en revue ces diverses causes de gêne de la déglutition ou de l'absorption.

Ce lait est-il de bonne qualité ? C'est le deuxième point à examiner. Or deux cas se présentent : ou bien l'enfant est nourri au biberon, ou bien il tète directement le sein. Dans le premier cas, le mauvais entretien du biberon où on laisse séjourner du lait, rend ce dernier impur et impropre à une bonne nutrition ; parfois même le lait mis dans le biberon est déjà de mauvaise qualité. Aussi, dans de pareilles circonstances, l'enfant loin de prospérer, a plutôt tendance à se cachec-

tiser, et à montrer bientôt divers troubles gastro-intestinaux.

Si l'enfant est nourri au sein, il peut arriver aussi que l'amaigrissement soit dû également à la mauvaise qualité du lait ; soit en effet que la mère, débilitée par une maladie, fournisse un lait pauvre en principes nutritifs ; soit qu'atteinte de lymphangite du sein ou de galactophorite elle possède un lait souillé par des éléments du pus ou par des toxines. De même certains médicaments pris par la mère passent dans le lait et agissent sur l'enfant.

Si ni la qualité, ni la quantité de lait ne peuvent être regardées comme cause de l'amaigrissement, le diagnostic devra alors se faire entre les divers états morbides dénutritifs.

Il faudra examiner l'enfant, comme le fait remarquer Pouzol, il faudra voir s'il n'a pas de la diarrhée, si sa température est normale, il faudra ausculter ; et c'est surtout la tuberculose pulmonaire qu'il faudra rechercher dans cet examen plus qu'une bronchite simple.

Il faudra aussi songer que l'amaigrissement est un prodrome de la méningite tuberculeuse.

Si l'enfant a du muguet ou de la lymphangite de l'ombilic (Budin) on pourra parfois incriminer ces affections.

Mais si aucune de ces causes, si rien ne peut indiquer d'où vient la dénutrition, c'est alors qu'il faudra songer à la syphilis.

Il convient de rechercher tous les petits signes ; n'y

a-t-il pas une petite papule à caractère spécifique ? La rate est-elle grosse ? Le teint est-il pâle, bistré ? Les articulations sont-elles douloureuses ? etc. « Plus les lésions que je viens de signaler se rencontrent nom-
» breuses, dit Giacomo di Lorenzo, plus évident sera,
» chez les sujets suspects, le diagnostic de syphilis hé-
» réditaire latente. »

Enfin on ne doit pas négliger l'interrogatoire et l'examen des parents (Pouzol). Il faut s'inquiéter si déjà plusieurs enfants ont soudainement maigri vers les premières semaines de la vie, puis sont morts, sans qu'on puisse dire vraiment de quoi, comme dans plusieurs de nos observations (1 et 2), s'il n'y a pas eu de fausses couches antérieures, tâcher d'obtenir un aveu de syphilis ou retrouver chez eux des anciennes marques de l'infection.

Avec de tels renseignements en présence d'un enfant qui maigrit sans qu'on puisse évidemment savoir la cause de cette perte de poids et chez qui on trouve quelques-uns des petits signes de syphilis, on ne doit pas hésiter et franchement instituer le traitement mercuriel.

TRAITEMENT

Le traitement prophylactique de toute syphilis héréditaire consiste à soigner les parents : on leur applique le traitement mercuriel ou mixte et la syphilis des enfants peut ainsi être atténuée, parfois même évitée. Dans la forme fruste principalement il semble que le traitement, chez les parents, s'il est suivi sérieusement pourra préserver les enfants qui naîtront plus tard.

Dans l'observation 1, ne voit-on pas en effet un ménage qui après deux naissances d'enfants atteints d'hérédo-syphilis fruste, l'une terminée par la mort, l'autre soignée et guérie, ne voit-on pas une troisième enfant, conçue après que les parents se sont soignés, naître, vivre et prospérer sans jamais manifester aucun symptôme de syphilis ou de para-syphilis, si bien qu'aujourd'hui, âgée de trois ans, elle peut être considérée comme saine.

Lorsque l'enfant est contaminé, le traitement qu'il convient d'ordonner doit comprendre d'abord le mercure seul. Diverses voies ont été suivies pour l'intro-

duction du mercure dans l'organisme. Jadis inhalation, aujourd'hui absorption par la voie digestive, par la peau, injections dans les tissus.

Jules Simon ordonnait volontiers la liqueur de van Swieten aux jeunes enfants syphilitiques. Il est nécessaire d'ordonner 20 gouttes par jour en plusieurs fois, soit un milligramme de sublimé. Souvent même cette dose n'est pas suffisante, et il faut arriver jusqu'à 80 gouttes (Boissard).

Le sublimé possède un grand inconvénient : c'est d'irriter les voies digestives. Heureusement qu'on peut éviter, tout au moins atténuer ce mauvais effet en mélangeant la liqueur de van Swieten au lait dont les matières albuminoïdes se combinent avec le mercure et forment un albuminate de mercure beaucoup moins irritant.

Parfois le sublimé est insuffisant et il faut recourir aux frictions mercurielles. Notre maître, M. J. Comby, préfère ce mode d'administration du mercure. Il ordonne en général une friction quotidienne avec deux grammes d'onguent napolitain. L'enfant supporte très bien cette dose ; chez lui pas de dent, partant pas de crainte de stomatite mercurielle. Les voies digestives sont ainsi épargnées, avantage que ne possède pas, tout au contraire, la liqueur de van Swieten.

Dans les formes frustes, les syphilides, les ulcérations n'existant pas, ou sont si discrètes, le traitement local n'est pas nécessaire.

Ce traitement consiste à baigner tous les jours l'enfant dans une solution de sublimé au dix-millième et

enduire les ulcérations d'une pommade au calanel à 1 pour 10 (Comby).

Sous l'influence du traitement, on ne tarde pas à voir la guérison survenir. En effet, la dénutrition ne fait plus de progrès ; au contraire l'enfant reprend du poids, comme le montre très nettement les pesées régulières ; la teinte bistrée s'efface, les rides disparaissent, les chairs se raffermissent, s'il existait quelques papules, bientôt on ne les retrouve plus ; enfin l'enfant guérit et prospère.

Cependant il est des cas où le traitement ne guérit pas, surtout lorsqu'il n'a pas été assez énergique ou employé trop tard, car alors « l'action du mercure n'a » pas le temps de se faire sentir ; le mercure peut em- » pêcher des hérédo-syphilitiques de mourir, il ne peut » pas les ressusciter » (Boissard).

C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'observation 6 où le traitement ne fut ni assez puissant, ni assez tôt employé.

La durée du traitement est variable. Voici la règle préconisée par M. Comby : pendant trois mois, faire des frictions quotidiennes, puis on laisse passer dix jours et on recommence pendant les vingt jours qui restent de ce quatrième mois. Les quinze premiers jours du cinquième mois sont employés au repos, pendant les quinze derniers, on fait des frictions. Enfin on termine l'année en cessant ce traitement un mois sur deux.

Dans la deuxième année, l'enfant suit le traitement

un mois sur trois ; et aux frictions on ajoute 0,20 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

La troisième année l'enfant est également traité un mois sur trois par des frictions mercurielles et par l'iodure de potassium à la dose de 0,40 centig.

A l'âge de quatre ans on peut abandonner le mercure et faire prendre seulement de l'iodure de potassium à la dose de 0,50 centig. par jour pendant un mois sur quatre.

Avec le traitement, quelles sont les indications à donner au point de vue du régime alimentaire du nourrisson ?

Dans ces formes où l'amaigrissement est le symptôme capital, on serait tenté d'administrer, en dehors du traitement médicamenteux, un régime alimentaire excessif ; il semble qu'on devrait donner une quantité de lait beaucoup plus considérable pour lutter contre la dénutrition. Eh bien ! agir ainsi serait inutile et même funeste ; car pourquoi fatiguer les voies digestives d'un enfant dont l'organisme est déjà si peu résistant. Il faut donc régler convenablement la quantité de lait, suivant l'âge, et s'il est permis pour arriver plus facilement à la reprise du poids normal d'augmenter légèrement, comme dans l'observation 2, la quantité de lait qu'on donnerait à un enfant sain, il ne faut pas tomber dans l'excès et courir le risque d'occasionner des troubles gastro-intestinaux.

C'est à la mère qu'incombe le soin de nourrir son enfant, car même dans ces cas frustes, l'infection de la

nourrice est possible ; dans l'observation 1, un chancre du mamelon apparut chez la nourrice.

Si pour une raison quelconque la mère ne pent nourrir son enfant, on doit avoir recours à l'allaitement artificiel, au moyen du biberon avec du lait stérilisé. Lorsque cet allaitement est bien conduit l'enfant prospère et grandit. MM. Budin et Chavanne, dans une communication à l'Académie de Médecine en 1894, ont montré que le lait stérilisé est précieux pour les heredo-syphilitiques non nourris par leur mère ; et ils ont confirmé leur dire en montrant des courbes de poids d'enfants syphilitiques soumis à cet allaitement artificiel.

Le lait est employé pur ou coupé d'un peu d'eau, mais en petite quantite ; certains médecins veulent qu'on le dédouble avec de l'eau sucrée.

Il est un moyen d'éviter l'allaitement artificiel ; c'est de confier l'enfant à une nourrice syphilitique, la chose a été faite avec succès.

Quant à l'allaitement par une nourrice saine indirectement par un allaiteur ou tout autre moyen analogue, comme dit M. le Professeur Fournier (Nourrices et nourrissons syphilitiques), « c'est parfait, mais parfait « en théorie seulement. »

D'ailleurs, les soins à donner à l'enfant exposent à la contagion, surtout si le nourrisson est couvert d'éruptions syphilitiques. C'est vrai que dans la forme fruste cette circonstance n'existe pas. Aussi c'est surtout dans ces cas qu'on pourrait employer cette méthode. Néanmoins, si l'allaitement médiat peut être provisoirement employé, « il ne constitue pas à coup sûr

« une *méthode* d'allaitement qui soit de nature à être « recommandé d'une façon générale. » (Fournier, *loco citato.*)

Quant à l'allaitement surveillé, c'est-à-dire par une nourrice saine qui cesserait à la moindre apparition d'accidents buccaux ou nasaux, il est condamnable, car, comme l'a bien démontré M. le Professeur Fournier, il expose fatalement la nourrice à la contamination. Il serait plus tôt préférable de confier l'enfant à une chèvre-nourrice, mode d'allaitement qui donne de bons résultats.

En pratique, on n'aura en général que deux moyens de nourrir l'enfant; l'allaitement par la mère et si celle-ci ne peut pas élever son enfant, c'est alors au biberon qu'il faudra recourir, en ayant soin de surveiller si toutes les précautions hygiéniques recommandées pour ce genre d'allaitement sont suffisamment observées.

OBSERVATIONS

Observation I (*inédite*)

Recueillie par M. Comby, en 1894

Fillette de trois mois, pourvue d'une bonne nourrice ; enfant bien constituée, née à terme sans éruption sur le corps, sans coryza notable.

Depuis quelques semaines, pâleur, diminution de poids, malgré le bon état de la nourrice et l'abondance de son lait.

Mère saine.

Père sain, vigoureux, ayant nié tout d'abord tout antécédent suspect. Cependant, ils ont perdu déjà, il y a deux ans, un premier enfant dans des conditions obscures. Vers l'âge de deux mois, cet enfant s'est mis à dépérir, malgré un excellent allaitement, et il a succombé à l'improviste, sans que le médecin ait porté un diagnostic.

Muni de ces renseignements, j'examine l'enfant des pieds à la tête. Je note la pâleur du visage, l'embonpoint relatif, mais avec mollesse des chairs. Coryza douteux. Rien aux fesses ni à la vulve. Bouche intacte. Sur une cuisse, à la face interne, tache ronde pityriasique de couleur saumon. Pas autre chose.

Hanté par l'idée d'une syphilis héréditaire, je prends le père à part et je lui communique mon diagnostic. Il affirme n'avoir jamais été traité pour une maladie vénérienne. Cependant, étant étudiant,

il y a vingt ans, il aurait eu un bobo qui aurait été soigné par un pharmacien. Il ne s'en était pas inquiété et n'avait plus rien eu.

Marié quinze ans après, son premier enfant était mort dans les circonstances mystérieuses rapportées plus haut et le second semblait devoir partager le même sort.

Le traitement prescrit fut : une friction mercurielle (2 grammes d'onguent napolitain tous les jours), un bain de sublimé à un pour dix mille également tous les jours.

Très rapidement, l'enfant reprend ses forces, son embonpoint, ses couleurs. Mais, au bout de quelques semaines, la nourrice a un chancre du mamelon et elle déroule tous les accidents de la syphilis acquise. On la traite, elle continue l'allaitement, elle guérit.

La fillette, qui a aujourd'hui près de six ans, a été traitée avec des interruptions de plus en plus longues par les frictions mercurielles d'abord, par le sirop de Gibert ensuite, par l'iodure de potassium. C'est aujourd'hui une superbe fillette, sans aucune tare suspecte.

Le père a bien voulu se traiter sérieusement, quoique tardivement. La femme, étant devenue enceinte de nouveau, a suivi le traitement mixte, et cette troisième grossesse a abouti à la naissance d'une fille qui, âgée de trois ans aujourd'hui, n'a jamais présenté le moindre accident suspect.

Donc, voilà un cas de syphilis congénitale fruste reconnue avec difficulté, traitée énergiquement avec le plus grand succès.

Les éléments de diagnostic ont été la mort précoce et inexpliquée du premier enfant, la pâleur et l'amaigrissement sans raison, enfin les aveux incomplets du père.

Observation II (*inédite*)

Recueillie par M. Comby en novembre et décembre 1899

Enfant de deux mois, nourri par la mère, qui est saine, forte, ayant beaucoup de lait. Le bébé, depuis une semaine ou deux,

cesse d'augmenter, il est pâle, le pourtour des yeux, du nez, de la bouche, a une teinte légèrement ombrée. Le nez est un peu enchifrené. Pas trace d'éruption sur le corps. Les parents sont effrayés parce que, l'année dernière, ils ont perdu un autre enfant presque subitement, sans qu'un diagnostic ait été fait. Ils craignent que le second ne suive la même voie que le premier.

Le père avoue avoir eu la syphilis il y a une dizaine d'années. J'institue immédiatement le traitement mercurial : frictions avec 2 grammes d'onguent mercuriel tous les jours pendant trois semaines, introduction de pommade au calamel à 1/10 dans les narines.

Un mois après, on me ramène l'enfant; son teint a changé, la pâleur est moins grande et plus uniforme, le poids n'a pas augmenté, mais il n'a pas baissé. La mère craint d'être enceinte et prétend avoir moins de lait. Je lui conseille de donner un supplément de lait stérilisé (100 puis 200 grammes par jour), de ne pas sevrer, etc. Après huit jours d'interruption du traitement mercuriel, tout fait espérer qu'il réussira pleinement.

L'enfant, revu après un certain temps, est complètement guéri et continue à prospérer.

Observation III (*personnelle*)

Enfant G..., âgé de trois mois; est le septième d'une mère mariée deux fois.

Les cinq premières grossesses, dues à son premier mari, se sont toutes terminées par des avortements ou par l'expulsion de fœtus macérés. Ce premier mari meurt de tuberculose pulmonaire.

Du deuxième mari, la femme devient enceinte et l'enfant, né avant terme, ne vit pas

Le deuxième enfant qu'elle a du second mari fait le sujet de l'observation. A l'époque de la naissance de cet enfant, la mère a eu au genou une grosseur comme une noisette, avec douleurs noc-

turnes et disparue sous l'influence de frictions locales d'onguent mercuriel. Jamais elle n'a eue de boutons ni de taches sur le corps, dit-elle.

Quant au père, le deuxième mari, il a eu, il y a un an, une affection cutanée de la lèvre supérieure, eczéma (?) dit-il.

Nous voyons l'enfant, le 5 mai au soir, chez lui. C'est un pauvre bébé tout pâle, tout chétif, dont la figure commence à se plisser de rides; la grande fontanelle est légèrement déprimée; les membres sont amaigris et la poitrine commence à laisser assez bien voir la saillie des côtes sous la peau.

Cet amaigrissement est venu brusquement et remonte à peu de jours; enfin, il n'a pas de cause apparente.

En effet, l'allaitement qui, d'abord donné par la mère, puis par biberon sans inconvénient, est très bien surveillé et donné dans toutes les conditions hygiéniques : l'enfant prend une quantité de lait convenable pour son âge et le digère très bien. Les selles sont normales, le ventre n'est pas gros. bref, pas de troubles gastro-intestinaux.

Il est vrai que l'enfant a eu un peu de bronchite ces jours derniers; mais, actuellement, elle est à peu près terminée.

Signalons, car c'est important pour le diagnostic, que la rate nous a paru augmentée de volume.

A l'examen des téguments, on remarque seulement sur les cuisses, les jambes, un peu aux fesses, quelques petites taches rougeâtres, discrètes, quelques-unes disposées en axe de cercle. Certaines auraient formés une petite ulcération. Enfin, il n'est pas possible d'affirmer certainement la nature spécifique de cette éruption, d'ailleurs assez discrète. Quant aux pemphigus palmaire ou plantaire, l'enfant n'en a jamais eu.

Néanmoins, frappé par cette série de fausses couches, par cet amaigrissement que rien n'explique, nous interrogeons encore les parents et nous apprenons que l'enfant a eu souvent le nez enchiffrené. Tout cela, joint avec l'hypertiophie splénique, nous fait arrêter au diagnostic très probable de syphilis héréditaire fruste et nous prescrivons ce traitement :

1° Reprise de l'allaitement maternel, mais la mère qui, depuis un certain temps, n'avait plus donné le sein, et, au contraire, avait cherché à faire disparaître la sécrétion, n'avait plus assez de lait et le sein se tarit bientôt;

2° Frictions quotidiennes avec 2 grammes d'onguent napolitain. Ces frictions furent faites immédiatement et même chaque fois avec plus de 2 grammes d'onguent.

Après deux jours, nous revoyons l'enfant et déjà un mieux sensible s'observe ; l'amaigrissement a cessé, et, au contraire, il semble que l'enfant veut augmenter de poids. On continue les frictions et, après quinze jours, l'enfant est complètement guéri et continue à prospérer.

Observation IV

M. A.-L. Boissard, dans le Journal des Praticiens du 29 janvier 1898, dans un article intitulé *Syphilis et Nouveaux-nés (Considérations cliniques et thérapeuthiques sur l'hérédo-syphilis)*, rapporte le cas suivant :

« Il s'agissait d'un nouveau-né que nous avions mis au monde « en provoquant l'accouchement prématuré artificiel, combiné à « la symphyséotomie, la mère ayant un bassin qui mesurait 6 cen- « timètres dans son diamètre promonto-pubien minimum; à sa « naissance, ce nouveau-né, de belle apparence, pesait 2.325 gr. et « ne présenta jamais de manifestations syphilitiques ; mis en cou- « veuse et allaité par une nourrice, il augmenta de 16 gr. par jour « pendant trente jours, au bout desquels il pesait 2.805 gr. ; il « avait ainsi gagné tout près de 500 gr. en un mois ; jamais courbe « de prématuré ne fut plus belle, c'était le graphique idéal, quand, « le trentième jour de sa naissance, cet enfant, qui n'avait jamais « présenté le moindre arrêt, le moindre trouble digestif, cesse « d'augmenter un jour; à partir de ce moment, il perd 25 gr. par « jour pendant quatre jours et meurt le cinquième en perdant

« 250 gr. dans les vingt-quatre heures sans avoir présenté d'ictère « ou de convulsions; malgré toute notre attention bien éveillée du « côté de la syphilis, nous avouons qu'en face de cette courbe si « satisfaisante pendant un mois nous n'avons pas soupçonné la « syphilis héréditaire paternelle (nous répétons que la mère niait « toute syphilis et ne portait aucune trace, aucune cicatrice spéci- « fique), pourtant, l'autopsie nous révéla l'existence d'une hépatite « gommeuse interstitielle (autopsie faite par le docteur Legry, « chef du laboratoire du docteur Budin, à la Maternité). »

Observation V

Observation III de la thèse de Pouzol. (Service d'accouchement de la Charité.)

Pas de trace de syphilis chez la mère. — Enfant bien constitué. — Diagnostic d'hérédo-syphilis fait sur la courbe et vérifié par l'autopsie. — Traitement insuffisant et trop tardif.

Accouchement 416.

Femme primipare, 22 ans, blanchisseuse. Entrée le 29 mai 1893.

Antécédents syphilitiques. — Nuls.

Antécédents du côté du père. — Inconnus.

Epoque de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications de la grossesse. — Vomissements.

Terminaison de l'accouchement. — Spontanée. Présentation du sommet en O. I. G. A.

Délivrance. — Naturelle.

Placenta. — Normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe masculin. — Etat physique, bon. Poids 3,160 grammes. Longueur, 0,50 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 60 grammes; il prend 200 grammes de lait stérilisé.

Le deuxième jour il diminue de 100 grammes.

Le troisième jour il augmente de 20 grammes ; il prend (30 gr. × 10) de lait stérilisé.

Le cinquième jour il diminue encore de 74 grammes, on donne à l'enfant un bain aromatique et on lui fait une friction d'alcool. On le met au sein de la mère.

Le sixième jour diminution de 100 grammes, Bain sinapisé.

Le septième jour l'enfant perd encore 25 grammes, le tracé de la courbe fait penser à l'hérédo-syphilis et l'on institue le traitement, une friction mercurielle par jour.

Le huitième jour l'enfant reste stationnaire.

Le neuvième jour il perd 75 grammes, le dixième, 75 grammes encore ; le onzième, 50 grammes, puis il meurt ; durant ces quatre derniers jours, on avait donné à l'enfant cinq gouttes de rhum chaque deux heures.

L'autopsie faite par M. Legry, chef du laboratoire du service d'accouchement de la Charité, confirme le diagnostic. En voici le résultat :

Poumons. — Emphysème en avant du côté gauche.

Cœur et péricarde. — Rien d'anormal.

Foie. — Volumineux. Pèse 200 grammes, jaune verdâtre, dur et résistant à la coupe.

Rate. — Enorme, dure, légèrement inégale à sa surface, comme lobulée par sclérose, elle mesure 8 centimètres de haut sur 3 de large.

Reins. — Volumineux et durs.

Intestins. — Pas de lésions apparentes.

Cerveau. — Rien d'appréciable.

Observation VI

Observation X de la thèse de Pouzol. (Service d'accouchement de la Charité.)

Mère pas de trace de syphilis. — Enfant normal. — Diagnostic fait par la courbe. — Traitement trop tardif et insuffisant. — Rien à l'autopsie.

Accouchement 509.

Femme multipare, âgée de 29 ans et demie. Entrée le 13 décembre 1872.

Antécédents syphilitiques. — Nuls. Un enfant venu avant terme, mort et macéré.

Antécédents du côté du père. — Nuls.

Epoque de la grossesse. — Huit mois environ.

Accidents et complications de la grossesse. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. — Symphyseotomie pour bassin généralement rétréci. Version pelvienne.

Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Pas d'hydramnios.

Enfant sexe féminin. — Etat physique, bon. Poids 2,850 grammes. Longueur, 0,41 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 50 grammes.

Le second jour il diminue de 115 grammes; il prend 30 gr. × 10 de lait. Pas de diarrhée.

Le cinquième jour il perd 45 grammes, 40 gr. × 10 de lait.

Le sixième jour il perd 10 grammes de poids.

Le septième il augmente de 20 grammes ; on lui donne un bain aromatique, frictions à l'alcool.

Le huitième jour l'enfant diminue de 60 grammes, il absorbe très bien 45 gr. × 10 de lait.

Le neuvième jour il perd encore 50 grammes, un peu de diarrhée jaune. On le met dans une couveuse et l'on pense à l'hérédo-syphilis, on donne le traitement externe, une friction mercurielle.

Le dixième jour l'enfant diminue de 150 grammes.

Le onzième jour il a encore perdu 180 grammes.

Devant cette diminution anormale on juge le traitement externe insuffisant et on ordonne 40 gouttes de liqueur de Van Swietten. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie faite par M. Legry, chef du laboratoire du service d'accouchement de la Charité.

La face postérieure des deux poumons était congestionnée.

Cœur normal.

Foie et reins ont leur volume normal, toutefois une pâleur notable.

Rate, de volume normal mais pâle.

Cerveau, rien à noter.

Intestin ne présente aucune altération apparente.

Observation VII

Observation X bis de la thèse de Pouzol. (Service d'accouchement de la Charité.)

Mère, pas de trace de syphilis. — Enfant normal. — Un enfant macéré. — Un enfant mort à onze jours. — Hydramnios. — Diagnostic fait par la courbe. — Vérifié par le traitement.

Accouchement 429.

Femme multipare, âgée de 31 ans. Entrée le 2 juin 1894.

Antécédents syphiliques. — Nuls. Un enfant venu avant terme, macéré. Deuxième enfant après symphyséotomie, mort au onzième jour.

Antécédents du côté du père. — Le père examiné avec soin, ne présente aucune trace de syphilis.

Epoque présumée de la grossesse. — Neuf mois.

Accidents et complications. — Nuls.

Terminaison de l'accouchement. — Symphyséotomie faite par

M. Bonnaire pour bassin généralement rétréci. Présentation du sommet en O. I. D. T. Forceps. Délivrance naturelle.

Placenta normal.

Hydramnios.

Enfant sexe masculin. Etat physique, bon. Poids 3,180 grammes. Longueur 0,47 centimètres.

Le premier jour l'enfant perd 100 grammes, il prend 15 gr. × 10 de lait.

Le second jour l'enfant perd encore 75 grammes, il prend 30 gr. × 10 de lait stérilisé qui est très bien digéré.

Le troisième jour diminution de 40 grammes.

Le quatrième, l'enfant perd encore 10 grammes. Instruit par la mort de son enfant (observation précédente) pour laquelle on avait déjà fait une symphyséotomie et qui était mort au onzième jour et en raison de l'hydramnios constaté pendant la grossesse, on persiste dans l'idée de syphilis portée lors du premier enfant et l'on donne de suite le traitement mercuriel, 20 gouttes de liqueur de Van Swietten. Malgré le traitement, l'enfant perd le cinquième jour encore 120 grammes cependant il prend 45 gr. × 10 de lait stérilisé qui est très digéré. Au traitement interne on ajoute une friction mercurielle.

Au sixième jour diminution de 25 grammes.

Le septième jour l'enfant perd 23 grammes, on porte la dose de liqueur de Van Swietten à 30 gouttes.

Le huitième jour l'enfant a encore perdu 75 grammes il prend cependant 50 gr. × 10 de lait stérilisé. Il digère bien, pas de diarrhée. On donne alors 50 gouttes.

Le neuvième jour l'enfant ne perd que 10 gr. il prend 55 gr. × 10 de lait, toujours pas de troubles digestifs.

Le dixième jour, comme il perd de nouveau 30 grammes, on augmente la dose de liqueur de Van Swietten qu'on porte à 80 gouttes.

Du douzième au vingtième jour, l'enfant augmente de 60 grammes ; les gardes-robes sont jaunes, normales.

A partir du vingtième jour, l'enfant augmente d'une façon pro-

gressive ; 20 grammes le vingt-unième jour ; 20 grammes le vingt-deuxième ; 25 grammes le vingt-troisième jour : 50 grammes et vingt-quatrième ; 75 grammes le vingt-cinquième. L'enfant étant en bonne voie on diminue la quantité de liqueur de Van Swietten et l'on revient à 20 gouttes. Le lendemain, vingt-sixième jour, augmentation de 25 grammes ; le surlendemain de 50 grammes ; enfin le vingt-huitième jour de 25 grammes encore.

N. B. — Il est à noter que lors de son dernier accouchement, l'enfant étant mort d'hérédo-syphilis probable au onzième jour ; l'on avait bien recommandé à la mère de prendre le traitement syphilique en cas où elle deviendrait enceinte, mais elle n'avait pas suivi ce conseil.

BIBLIOGRAPHIE

Barasch. — Th. Paris, 1895. Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique.

Bertin. — Traité de la maladie vénérienne chez les nouveaux-nés. Paris, 1810.

Blaise. — Th. d'agrégation, 1883.

A.-L. Boissard. — Syphilis et nouveaux-nés (Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'hérédo-syphilis). Journal des Praticiens, 29 janvier 1898.

Budin. — Leçons de clinique obstitricale.

Budin et Chavanne. — Académie de médecine 1894. Communication sur le lait stérilisé.

J. Comby. — Diagnostic et traitement de la syphilis congénitale. Médecine moderne, 29 octobre 1898.

J. Comby. — Traité des maladies de l'enfance. 3e édition.

Durac. — De l'hérédité de la syphilis. Th. Montpellier, 1866.

Doublet. — Mémoire sur les symptomes et le traitement des maladies vénériennes des nouveaux-nés. Paris, 1781.

A. Fournier. — Nourrices et nourrissons syphilitiques.

A. Fournier. — Syphilis et mariage.

A. Fournier. — Hérédité syphilitique.

A. Fournier. — Traitement de la syphilis.

A. Fournier. — Syphilis vaccinale.

A. Fournier. — De l'allaitement des enfants syphilitiques. Presse Médicale, 24 février 1897.

E. Fournier. — Th. Paris, 1898. Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, pages 3 et suivantes.

Giacomo di Lorenzo. — Congrès de Naples. Analyse in Médecine infantile, 15 juillet 1894. Sur la fréquence relative de quelques signes de syphilis héréditaire latente chez les enfants.

Grancher, Comby, Marfan. — Traité des maladies de l'enfance. Tome I. Article. Syphilis héréditaire.

Hervieux. — Académie de Médecine, 9 août 1889.

Mlle Kalinine. — Th. de Paris, 1900. Signes de la syphilis héréditaire précoce.

Mlle Krykus (Hélène). — Mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. Th. Paris, 1890.

Mahon. — Maladies syphilitiques et manière de les traiter dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveaux-nés et dans les nourrices. 1804.

Milon. — Th. Paris, 1897.

Pouzol. — Th. Paris, 1894. De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis.

Ribemont — Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

A. Viennois. — Archives générales de médecine, 1860. De la transmission de la syphilis par la vaccination.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imprimerie JOUVE et BOYER, 15, rue Racine.